|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Ansprechperson: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

Aktenzeichen: […]

Gutachten BK 2301 (Lärmschwerhörigkeit)

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Vorgeschichte |
|  | Wesentliche Zeitabschnitte mit Lärmexposition, nach den Unterlagen des Unfallversicherungsträgers: |
| 1.1.1 | [ ]  Vgl. Datenblatt des IFA-ELD-Berechnungsprogramms |
| 1.1.2 | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 1.1.3 | Zeitpunkt der letzten arbeitsbedingten Lärmexposition: |
|  | […] |
| 1.2 | Angaben des Untersuchten |
| 1.2.1 | Ergänzende Angaben zur Lärmexposition und Berufsvorgeschichte: |
|  | […] |
| 1.2.2 | Relevante Ohrerkrankungen in der Familie: |
|  | […] |
| 1.2.3 | Entwicklung der Schwerhörigkeit/aktuelle Beschwerden: |
|  | […] |
| 1.2.4 | Entwicklung des Tinnitus/aktuelle Beschwerden: |
|  | [ ]  Kein Tinnitus vorhanden |
|  | […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.2.4.1 | Entstehung: | Rechts | Links | Beidseitig |
|  | [ ]  Langsam entstanden |[ ] [ ] [ ]
|  | [ ]  Plötzlich aufgetreten |[ ] [ ] [ ]
| 1.2.4.2 | Belästigung: |
|  | [ ]  Nicht belästigend |[ ] [ ] [ ]
|  | [ ]  Belästigend |[ ] [ ] [ ]
|  | Wenn ja, wie und wodurch? |
|  | […] |
|  | [ ]  Massiv belästigend |[ ] [ ] [ ]
|  | Wenn ja, wie und wodurch? |
|  | […] |
| 1.2.4.3 | Behandlung: |
|  | [ ]  Keine ambulante und/oder stationäre Behandlung des Tinnitus.[ ]  Tinnitus wurde ambulant behandelt. Wenn ja, wie und wo? […][ ]  Tinnitus wurde stationär behandelt. Wenn ja, wie und wo? […] |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 1.2.5 | Sonstige Angaben: |
|  | Gleichgewichtsstörungen/Schwindel | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Schädelunfälle | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Infektiös-toxische Erkrankung(z. B. Mittelohrentzündung, Scharlach, Masern, Malaria, usw.) | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Ototoxische Stoffe | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Ototoxische Medikamente | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Wehrdienst mit Lärmbelastung | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Knalltrauma, Explosion | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Lärmintensive Freizeitaktivitäten | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?[…] |
|  | Sonstiges: | […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 2 | Befunde  |
| 2.1 | Allgemeinzustand: |
|  | [ ]  Keine begutachtungsrelevanten Befunde |
|  | […] |
| 2.2 | Welcher Befund liegt vor? |
| 2.2.1 | HNO-Status entsprechend Königsteiner Empfehlung: |
|  | […] |
| 2.2.2 | Audiologische Befunde (vgl. Anlage „Audiologische Befunde“) |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 2.2.3 | OAE-Befunde (vgl. Anlage „OAE-Befunde“) |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 2.3 | Wie lautet die Diagnose? |
|  | […] |
| 2.3.1 | ICD-Klassifikation: |
|  | […] |
| 3 | Beurteilung (bitte ausführlich begründen) |
| 3.1 | Welche Hörschäden sind ursächlich auf arbeitsbedingte Lärmeinwirkungen zurückzuführen? |
|  | […] |
| 3.2 | Welche Hörschäden sind nicht ursächlich auf arbeitsbedingte Lärmeinwirkungen zurückzuführen? |
|  | […] |
| 3.3 | MdE-Einschätzung |
| 3.3.1 | Wie hoch ist die MdE durch den arbeitsbedingten Hörverlust einzuschätzen? |
|  | MdE […] % ab […]MdE […] % ab […] |
| 3.3.2 | Wie hoch ist die MdE durch den arbeitsbedingten Hörverlust – gegebenenfalls inklusive des integrierten Begleit-Tinnitus (s. Königsteiner Empfehlung 4.4.4) – einzuschätzen?  |
|  | MdE […] % ab […]MdE […] % ab […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 3.4 | Halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich? |
|  | [ ]  Nein | [ ]  Zum Zeitpunkt der Beendigung der Lärmarbeit[ ]  Ja, in […] Jahren (begründete Ausnahmefälle)[ ]  Ja, im Rahmen G 20 „Lärm“ |
| 3.5 | Maßnahmen der Individualprävention: |
|  | [ ]  Keine |
|  | [ ]  Individuelle Beratung zum Gehörschutz und Kontrolle der Benutzung am Arbeitsplatz (BGl 823) |
|  | [ ]  Bereitstellung und Verwendung speziell ausgewählten Gehörschutzes |
|  | […] |
|  | [ ]  Verkürzung der Fristen für Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge (G 20 „Lärm“) |
| 3.6 | [ ]  Die Kriterien der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) für die Versorgung mit Hörgeräten sind erfüllt. Die Versorgung mit Hörgeräten ist notwendig wegen |
|  | [ ]  der Schwerhörigkeit (§ 21 und 22 HilfsM-RL) |
|  | [ ]  des Begleit-Tinnitus (§ 24 HilfsM-RL) |
| 3.7 | Versorgung mit Hörgeräten zu Lasten des Unfallversicherungsträgers: |
|  | [ ]  Nein, weil […][ ]  Ja, weil […] |
|  |  |
| 3.8 | Empfehlungen zur Tinnitus-Rehabilitation (Mehrfachantworten möglich)[ ]  Counseling[ ]  Entspannungsverfahren, z. B. progressive Muskelentspannung nach Jacobson[ ]  Kognitive Verhaltenstherapie, z. B. bei deutlicher psychosomatischer Komorbidität[ ]  Retraining-Therapie, als ambulante oder teilstationäre Kombinationstherapie[ ]  Stationäre Rehabilitation, bei dekompensiertem Tinnitus |

Az.: […], Name: […]

|  |
| --- |
| Tag der Untersuchung: […] |
| Die versicherte Person erschien um […] Uhr, entlassen um […] Uhr. |
|  |
| Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet. |
|  |
| Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.[ ]  Nein [ ]  Ja |
|  |  |
| Ort, Datum |  | **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […] |  | […]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |
| Unterschrift der beauftragten Gutachterin/des beauftragten Gutachters |  |  |

Anlage

[ ]  Akte

[ ]  Audiologische Befunde

[ ]  OAE-Befunde

[ ]  Ton-/Sprachaudiogramm

[ ]  […]

Az.: […], Name: […]

Audiologische Befunde
(Bitte im Original beifügen)

|  |  |
| --- | --- |
| Tag der Untersuchung: |  |
| […] |  |
| 1 | Hörweiten- und Stimmgabelprüfungen | 2 | Audiometrie  |
|  |  | 2.1 | Tonaudiogramm |
| WEBER bei ~ 440 Hz (a1-Stimmgabel) |  | Rechts | Hörverlust nach Röser 1980; modifiziert nach Brusis 2017\*  | Links |
|  | [ ]  Re. | [ ]  Med. | [ ]  Li. |  |
|  |
|  | Rechts |  | Links |  | […] | dB | Tonhörverlust bei 1 kHz | […] | dB |
|  |  |  |  |  | […] | dB | Summe der Hörverluste bei 2 u. 4/3 kHz | […] | dB |
|  |
|  | [ ]  Pos. | [ ]  Neg. | RINNE | [ ]  Pos. | [ ]  Neg. |  | […] | % | Hörverlust\* | […] | %\* |
|  | […] | m | Umg.-Sprache (Zahlwörter) | […] | m |  |
|  | […] | m | Flü.-Sprache (Zahlwörter) | […] | m |  |
|  | Länge des Untersuchungsraumes | […] | m |  |
| 2.2 | Sprachaudiogramm Hinweis: Prüfung der „Einsilbigen Wörter“ bei 60, 80 und 100 dB und bei 65 dB (wegen Hörgeräte-Versorgung) |
|  | Rechts |  |  | Links |  |
|  | Hörverlust für Zahlwörter: | […] | dB |  | Hörverlust für Zahlwörter: | […] | dB |
|  | Gesamtwortverstehen: |  | Gesamtwortverstehen: |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 60 dB | […] |  |  |  |  |  | 60 dB | […] |  |  |  |  |
|  | 80 dB | […] |  |  |  |  |  | 80 dB | […] |  |  |  |  |
|  | 100 dB | […] |  |  |  |  |  | 100 dB | […] |  |  |  |  |
|  | Summe | […] |  |  |  |  |  | Summe | […] |  |  |  |  |
|  | = Hörverlust | […] | %\* |  |  |  |  | = Hörverlust | […] | %\* |  |  |  |
|  | \* Zur Berechnung des prozentualen Hörverlustes vgl. Abschnitt 4.3 der „Königsteiner Empfehlung“, 6. Auflage |
| 2.3 | Plausibilitätsprüfung (vgl. Abschnitt 4.1 der „Königsteiner Empfehlung“) |
|  | Rechts |
|  | HV 0,25 kHz | […] dB | + HV 0,5 kHz | […] dB | + HV 1,0 kHz | […] dB | geteilt durch 3 | […] dB | } | Differenz | […] dB |
|  | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  | Hörverlust f. Zahlwörter | […] |  |  |
|  | Links |
|  | HV 0,25 kHz | […] dB | + HV 0,5 kHz | […] dB | + HV 1,0 kHz | […] dB | geteilt durch 3 | […] dB | } | Differenz | […] dB |
|  | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  | Hörverlust f. Zahlwörter | […] |  |  |
| 3 | Weitere Methoden |
| 3.1 | Tympanometrie |
|  | Rechts |  |  | Links |  |
|  | [ ]  Offen | [ ]  Normal | [ ]  Abgeflacht | [ ]  Offen | [ ]  Normal | [ ]  Abgeflacht |
|  | Mittelohrdruck | […] daPa | Mittelohrdruck | […] daPa |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 3.2 | STAPEDIUSREFLEX |
|  | Rechts | [ ]  Auslösbar | [ ]  Nicht auslösbar | Metzrecruitment | [ ]  Positiv | [ ]  Negativ bei | […] | kHz |
|  | Links | [ ]  Auslösbar | [ ]  Nicht auslösbar | Metzrecruitment | [ ]  Positiv | [ ]  Negativ bei | […] | kHz |
| 3.3 | SISI |
|  | Rechts: | bei | […] | kHz | […] | % | Links: | bei | […] | kHz | […] | % |
| 3.4 | LÜSCHER |
|  | Rechts: | bei | […] | kHz | […] | dB | Links: | bei | […] | kHz | […] | dB |
| 3.5 | LANGENBECK |
|  | Rechts: | [ ]  Mündet ein | [ ]  Weicht aus | Links: | [ ]  Mündet ein | [ ]  Weicht aus |
| 3.6 | Sonstige Tests |
|  | […] |
| 4 | Bestimmung des Tinnitus |
| 4.1 | Bestimmung |
|  | Rechts bei | […] | kHz, verdeckbar mit | […] | dB |
|  | Links bei | […] | kHz, verdeckbar mit | […] | dB |
|  | Die Symbole bei Tinnitusbestimmung sind in das Tonaudiogramm einzutragen. |
| 4.2 | Ausprägung: |
|  |  | Rechts | Links | Beidseitig |  |
|  | Zeitweilig |[ ] [ ] [ ]   |
|  | Ständig |[ ] [ ] [ ]   |
|  | Hoher Ton |[ ] [ ] [ ]   |
|  | Tiefer Ton |[ ] [ ] [ ]   |
|  | Rauschen |[ ] [ ] [ ]   |
|  | Pfeifen |[ ] [ ] [ ]   |
|  | Brummen |[ ] [ ] [ ]   |
|  | Zischen |[ ] [ ] [ ]   |
|  | pulsierend |[ ] [ ] [ ]   |

Az.: […], Name: […]

OAE-Befunde

(Bitte im Original beifügen)

|  |  |
| --- | --- |
| Tag der Untersuchung: |  |
| […] |  |
| 1.1 | Untersuchte Ohren |
|  | [ ]  Beidseitig | [ ]  Rechts | [ ]  Links |
| 1.2 | Welche otoakustischen Emissionen (OAE) wurden gemessen? |
|  | [ ]  DPOAE | [ ]  TEOAE |  | [ ]  Andere: […] |
| 1.3 | Welches Gerät wurde für die Messung benutzt? |
|  | Hersteller: | […] |
|  | Gerätetyp: | […] |
|  | Baujahr: | […] |
| 1.4 | Ergebnisse der Untersuchung |
|  | Bitte dokumentieren Sie Ihre Ergebnisse in der Tabelle wie folgt: |
|  | OAE |
|  | +– ∅ | Vorhanden (Signal-Störschallabstand =/> 6 dB)Nicht vorhanden (Signal-Störschallabstand < 6 dB)Nicht messbar |
|  | Rechtes Ohr |
|  | DPOAE | TEOAE |
|  |  |  | 1000 Hz | 2000 Hz | 4000 Hz | 6000 Hz |  |  | 1000 Hz | 2000 Hz | 3000 Hz | 4000 Hz |
|  | OAE |  | […] | […] | […] | […] |  | OAE | […] | […] | […] | […] |
|  | Linkes Ohr |
|  | DPOAE | TEOAE |
|  |  |  | 1000 Hz | 2000 Hz | 4000 Hz | 6000 Hz |  |  | 1000 Hz | 2000 Hz | 3000 Hz | 4000 Hz |
|  | OAE |  | […] | […] | […] | […] |  | OAE | […] | […] | […] | […] |

Anlage

[ ]  Messergebnisse (Originaldatenblätter)